Beiträge

zur

Casuistik der Lidoperationen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

unter dem Präsidium des Herrn Professor

Dr. von Rothmund

der

hohen medicinischen Facultät

der kgl. Ludw.-Maximilians-Universität

vorgelegt von

Max Löffler, appr. Arzt

aus Neuburg a. D.

Neuburg a. D.
Griessmayersche Buchdruckerei.

München

1885

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554606_0127

Aus dem reichlichen, klinischen Materiale, welches mir durch die Güte meines hochverehrten Lehrers, des Herrn Professor Dr. von Rothmund zu vorstehendem Zwecke zur Verfügung gestellt wurde, habe ich mir die Lidoperationen gewählt, die in den letzten Jahren in der k. Universitäts-Augenklinik vorgenommen wurden. Da deren Anzahl eine ziemlich beträchtliche ist, ich selbst aber die Ehre hatte, sowohl während meiner Studienzeit, als auch während der Zeit meiner Assistenzleistung in der k. Universitäts-Augenklinik eine Reihe derselben ausgeführt werden zu sehen und auch namentlich die Resultate der geübten Operationsmethoden beobachten zu können, ausserdem aber aus früheren Jahren die Operationen und deren Enderfolge in genauen Krankengeschichten verzeichnet sind, so glaube ich mit der Veröffentlichung dieser casuistischen Beiträge den Herrn Fachgenossen einen Gefallen zu erweisen, um so mehr als ich im Sinne habe, die verschiedenen gepflogenen Operationsverfahren unter Beigabe kurzer Krankengeschichten nach ihrem Effecte kritisch zu verfolgen.

Um nicht zu viel des Uninteressanten zu bieten, werde ich aus dem grösseren Gebiete, welches die Operationen an den Lidern umfasst, nur die wichtigsten Kapitel: die operative Behandlung des Entropium und des Ectropium abhandeln; auf näheres Eingehen der Operation der Ptosis veranlasst mich der Umstand, dass für Hebung dieses Leidens hier zuerst ein Verfahren geübt wurde, dessen Brauchbarkeit jetzt in einer Reihe von Fällen sich erprobt hat. Die Beschreibung von zwei plastischen Operationen an den Lidern mit befriedigendem Resultate wird den Schluss dieser Arbeit bilden.

I. Entropium.

Das Entropium war in der grossen Mehrzahl der Fälle veranlasst durch narbige Verkürzung der Conjunctiva, wie dieselbe bekannter Massen nach Trachom auftritt und war mehr oder minder mit dieser conjunctivalen Veränderung auch eine Erkrankung des Tarsus verbunden, der Verdickung, muldenförmige Einwärtsbiegung, irreguläre Verkrümmung zeigte. Acutes oder spatisches Entropium kam nur in einem Falle in einem längeren Zeitraume zur operativen Behandlung. Ergriffen zeigte sich bald das obere bald das untere Lid und war nahezu in allen Fällen der Schaden vorhanden, den ein chronischer Reiz, der die Hornhaut trifft, hier die gegen dieselbe gerichteten Cilien, hervorruft. Hornhautgeschwüre, dicker Pannus, bei etwa eingetretener Madarosis weitverbreitete Maculae oder Leucome hatten meist die Sehschärfe auf die Erkennung von Fingern in einigen Metern Entfernung herabgesetzt, wenn nicht gar Phthisis Bulbi auf grobe Vernachlässigung dieses Augenleidens erfolgt war.

Wenn es bei anderen Krankheiten der Augen. die eine Operation erheischen, mitunter sehr schwer fällt, die Patienten dazu zu überreden, so bedurfte es bei den mit Entropium Behafteten keiner besonderen Ueberredungskunst, da der chronische Reizzustand mit der ständigen Verschlechterung des Sehens eine Schmerzhaftigkeit und Scheu vor Licht in sich birgt, dass die Leute oft baten, sie von ihrem schmerzhaften Leiden zu befreien. Eine Frau konnte ich beobachten, die an Entropium aller Lider litt und die geduldig die in 3 Sessionen ausgeführte Operation und eine zweimalige Nachoperation ertrug.

In der weitaus grössten Anzahl der Fälle wurde bei Entropium nicht in Narkose operirt, was auch bei den andern Lidoperationen, die ich noch behandeln werde, nicht der Fall war. Als lokales Anäothetikum wurde Cocaïn*) in stärkerer Concentration

*) Anmerkung: Concaïnum muriaticum, das bei Entfernung von Fremdkörpern aus der Bindehaut, Corneae, bei Irideotomie, Staaroperationen, Strabotomie jetzt allenthalben mit bestem Erfolge in Anwendung gelangt, hat in den letzten Tagen auch bei einer Enucleatio Bulbi und bei der Operation von doppelseitiger Cataracet bei einem an Verfolgungswahn Leidenden sich brillant bewährt. Während der Erstere, Enucleirte, ein ganz intelligenter Patient, von bedeutenderem Schmerze nur bei der Durchtrennung des Nervus

(bis zu 50%) einige Male auf die Lidhaut aufgetragen, hatte jedoch keine besondere Wirkung.

Operationsmethoden gegen Entropium wurden verschiedene mit gutem Erfolge angewendet und richtete sich ihre Indication im allgemeinen je nach dem Sitze am obern oder untern Lide, nach der eventuellen Betheiligung des Lidknorpels. Im grossen und ganzen galt der Grundsatz, die durch narbige Contraction der Bindehaut und Verkrümmung des Tarsus gesetzte Einwärtsdrehung des Lides durch entgegenwirkende Verkürzung der äusseren Haut, keilförmige, horizontal verlaufende Excision eines Stückes aus dem Lidknorpel zu heben. Alle die Verbesserungen der Lidstellung, wie sie hiedurch erreicht werden, und ich kann nur das Entropium spasticum ausschliessen, haben den unausbleiblichen Nachtheil, dass zu dem Minus, welches durch Verkürzung der Bindehaut auf die Länge des Lides nach innen zu gesetzt ist, ein solches auch nach aussen hinzukommt, wodurch derartig richtig gestellte Lider immer verkleinert werden. Es ist dieser Umstand solange für den Patienten von keinem besonderen Nachtheile, als die Verkürzung nicht vollständige Insuffizienz des Lidschlusses erzeugt. Auf die Erfahrung gestützt, dass namentlich am Oberlide eine dem Narbenzuge der Bindehaut wirksam entgegenwirkende Excision der äussern Lidhaut sehr häufig Unmöglichkeit des Lidschlusses mit sich bringt, wurde auch in der hiesigen Augenklinik am Oberlide diese Excision für sich allein nie geübt, sondern als Unterstützung anderer Operationsverfahren wurde ein schmales Hautstück entfernt.

Am Oberlide wurde zur Beseitigung des chronischen Reizzustandes an der Hornhaut der infolge des Entropium einwärts stehenden Cilien verschiedene Male die einfache Abtragung des Cilienbodens nach Flarer*) geübt. Dieses Verfahren kam namentlich dann in Anwendung, wenn schon theilweise Madarosis bestand. Nach Entfernung der Cilien kam es zur Heilung der Hornhaut-

opticus verspürt zu haben angibt, (bei der Durchschneidung der Muskel soll sich der Schmerz auch nur auf den tiefer gelegenen Trochlearis und Obliquus inferior erstreckt haben), hat Letzterer durch musterhafte Haltung alle Theile der Operation sehr erleichtert, was sicher auf vollständige Anästhesie der bei der Operation betroffenen Theile zurückgeführt werden darf.

*) Graefe-Saemisch: Handbuch der Augenheilkunde, Band III. pag. 452.

affectionen, wenn auch wenig zur Entfernung des Entropium geschehen war. Waren die Cilien noch zum grössten Theile erhalten, so wurde die Transplantation des Cilienbodens nach Jaesche und Arlt*) gemacht, womit dann, je nach dem Effecte, den man erzielen wollte, die Excision eines 2—5 mm breiten Hautstreifens verbunden wurde. War auch damit die Inversion des Oberlides eigentlich nicht gehoben, so hatten die Patienten doch den Vortheil, dass ihre Cilien in gehöriger Stellung erhalten blieben. Nach Snellen**), Entfernung eines Keiles aus dem Tarsus, wurde am Oberlide namentlich dann mit Erfolg operirt, wenn die Einwärtsstellung des Lides zum Theile auch bedingt war durch eine Verkrümmung des Tarsus. Zur operativen Behandlung des Entropium am Oberlide finden sich in der Literatur noch eine Menge anderer Verfahren beschrieben, die versuchsweise angewendet wurden, deren Erfolg aber meist ein irreltevanter war oder bei denen die Operation grösseren Schaden mit sich bringen kann, als das Leiden selbst.

Am Unterlide begnügte man sich, um das Entropium zu heben, in den allermeisten Fällen mit der schon seit Celsus***), Abulkasem geübten Methode der Excision eines transversalen Hautstreifens. Es ist dies ein sehr einfaches Operationsverfahren, bei dem die Nachtheile der Entfernung eines zu grossen Hautstückes nicht so in Betracht kommen können, wie am Oberlide, da das Unterlid sich bedeutend weniger an der Bedeckung des Bulbus zu betheiligen hat, wie das Oberlid und durch eine kräftigere Action von Seite des Oberlides der Schaden einer grössern Verkürzung des untern leicht gedeckt wird. Neben dieser einfacheren, vielfach ausgeführten Methode wurde das Entropium namentlich bei Verkrümmung des Tarsus nach einem Verfahren operirt, wie es Sämisch†) angegeben. Dadurch dass zwischen dem Fornix conjunctivae und dem Lidrande auf der äussern Fläche des Tarsus solide Narbenstränge hergestellt wurden, die im Stande waren, den nach einwärts gekrümmten Tarsus in richtiger Weise nach aussen zu spannen, wurden namentlich bei Combination der

*) Ibidem: pag. 447.

**) Graefe-Saemisch, Handbuch der Augenheilkunde, Band III, pag. 466.

***) Ibid. pag. 453.

†) Graefe-Saemisch: Handbuch der Augenheilkunde, Band II.

Methode von Celsus bleibend schöne Resultate gewonnen. Es sei mir nunmehr gestattet in folgenden Zeilen einige Krankengeschichten in Kürze vorzuführen.

L. Th., 23 Jahre alt, (am 5. Mai 1882 in die Universitäts-Augenklinik aufgenommen), litt von Jugend auf an beiden Augen an Entzündung der Conjunctiva. Rechts ist der Rand des obern, sowie untern Lides leicht invertirt. Lidbindehaut in strahliges Narbengewebe umgewandelt, das nur noch inselhaft gesundes Schleimhautgewebe in sich einschliesst. Hornhaut in toto getrübt, oben und unten Pannus zeigend. Links sind diese Veränderungen in noch höherem Grade vorhanden. Rechts, wie links Sehschärfe auf Zählen von Fingern in 2 m Entfernung beschränkt. Am 9. Mai die Transplantation des Cilienbodens nach Jaesche, am 25. d. M. die Entropium-Operation nach Saemisch am untern Lide vorgenommen. Am 12. Juni wird Patientin in folgendem Status entlassen. Links Status idem; rechts Cilien in guter Stellung; der Pannus ist auf einige dünne Gefässchen reducirt; Finger werden rechts in 5 m Entfernung gezählt.

M. J., 56 Jahre alt, wurde am 27. September 1882 mit der Diagnose Entropium spaticum des rechten Unterlides, das sich angeblich von selbst gebildet hatte, in die Klinik aufgenommen, am 28. nach Celsus operirt, wobei die Hautwunde durch 3 Suturen vereinigt wurde, am 1. Oktober geheilt entlassen. Sehschärfe war beiderseits $^1/_2$; das entropionirt gewesene Unterlid blieb dauernd in richtiger Stellung.

Bei S. J., 73 Jahre alt, (aufgenommen am 1. Juli 1883), war am linken Auge Phthisis Bulbi vorhanden; beiderseits waren die Unterlider entropionirt. Rechts war die Conjunktiva palpebralis von narbigen Streifen durchzogen, ferner Blepharophimosis, Ulcus Corneae centrale. Finger werden auf 3—4 m gezählt. Am 3. Juli wurde die Entropium-Operation nach Saemisch vorgenommen; 2 Doppelsuturen wurden angelegt; bei der ersten brach die Spitze einer Nadel und blieb im Lide stecken. Entropium war post operationem theilweise gehoben. Am 13. Juli wurde zur Vervollständigung des Effectes abermals nach Saemisch operirt. Bei der Entlassung am 17. Juli war mit der Heilung des Entropium am rechten Auge eine solche des Hornhautgeschwüres und eine bedeutende Verbesserung der Sehschärfe zu constatiren.

K. M., Postbotensfrau, 43 Jahre alt, stellte sich am 11. Januar 1885 mit Entropium sämmtlicher Lider in der Klinik vor. Die Anamnose ergab, dass P. seit 10 Jahren an Entropium litt, die Folge einer Augenentzündung, die sie schon von Jugend auf hatte. Beiderseits war die Lidspalte verengt; an den obern, wie untern Lidern war die Entropionirung eine so starke, dass man bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck einer bedeutenden Schwellung der Lider bekam. Am linken obern Lide war vollständige Madarosis vorhanden. Die Lidknorpel waren allenthalben deformirt. Bindehaut, mit strahligen Narben durchsetzt, enthielt neben sporadisch gesunden Partien Trachomgranulationen, die mit röthlichem Hofe umgeben waren. Cornea war beiderseits wolkig getrübt und stand mit den conjunctivalen Gefässen durch reichliche, dickere und schmälere Gefässästchen in Verbindung. Links wurden Finger in $1^1/_2$ m Entfernung gezählt, rechts V = $^6/_{30}$; + 2, 25 D sn I $^1/_{II}$ in 8 cm Entfernung gelesen.

Die lange Dauer der krankhaften Veränderungen, welche eine derartige Stellungsanomalie der Lider hervorgerufen, wie wir sie im vorliegenden Falle vor uns hatten, erheischte alle Energie und Sorgfalt bei den Correktionsversuchen und alle Ausdauer von Seite der Patientin. Nachdem sich diese einer fünfmaligen Operation unterzogen hatte, konnte sie am 5. März geheilt entlassen werden. Am 16. Januar wurde das entropionirte, rechte Unterlid durch drei Suturen nach Saemisch in eine Ectropiumsstellung gebracht. Da jedoch am andern Tage infolge der grossen Spannung, in die die vernarbte Bindehaut versetzt worden war und infolge des Zuges dieser der gute Erfolg auf ein Minimum reducirt worden war, so wurde theils, um die grosse Spannung zu heben und den Nutzen der geplanten Hautexcision (am 20. Februar ausgeführt) zu verstärken, am 23. Januar die Blepharophimosis-Operation gemacht. Am 2. Februar wurde nach Snellen das rechte Oberlid operirt; am 10. Februar durch Combination der Methode von Celsus und Saemisch das linke Unterlid in die normale Stellung gebracht und in dieser mit Ausnahme eines kleinen, temporal gelegenen Abschnittes erhalten. Am 20. Februar wurde das rechte Unterlid zum 2. Male operirt; am 26. ds. M. der Gegend des Jochbeinfortsatzes am linken Oberkiefer entsprechend eine ovale Hautfalte excidirt und der wieder einwärts gekehrte Theil des Unterlides nach aussen gerichtet.

Bei der Entlassung (5. März) hatten das rechte Ober- und die beiden Unterlider gehörige Stellung. Der Lidschluss erfolgte beiderseits prompt. Links Finger in 4—5 m Entfernung gezählt, rechts V = $^{6}/_{30}$, Sn I $^{1}/_{II}$ in 8—25 cm + 1 D.

Ectropium.

Das Ectropium wurde in der Reihe der Fälle, die in den letzten Jahren in der k. Universitäts-Augenklinik operativ behandelt wurden nur einmal am Oberlide beobachtet. Das seltene Vorkommen des Ectropium am Oberlide hängt wohl mit dem Gesetze der Schwere zusammen, das dort der Entstehung des Ectropium direct entgegenwirkt, während es am Unterlide einer der Hauptfactoren zur Bildung von Ectropium ist. Das Unterlid wird durch den Zug des Musculus orbicularis an den Bulbus angedrückt, so dass die Breitfläche des Lides nach vorneüber geneigt ist. Tritt eine Lähmung der nach innen gelegenen Partie ein (portio minor), so wird die Schwere des Lides an und für sich ein Ectropium bilden, um so eher, wenn der nach aussen gelegene Theil des Orbicularis in einer Art Spasmus sich befindet und durch Druck auf das untere Ende des Tarsus das obere evertirt (Ectrop. paralylic).

Zwei Formen von Ectropium kamen dann hauptsächlich noch zur Beobachtung, ein Ectropium bedingt durch Schwellung der Bindehaut (Ectrop. sarcomatos) und Ectropium durch Narbencontraction der äussern Haut.

Bei der zumeist operativ erstrebten Heilung — denn mit der medicamentös-mechanischen allein konnte ich einen besonderen Effect nicht wahrnehmen — war das Augenmerk immer auf die Ursache gerichtet und liess sich dabei meist bei höherem Alter ein chronischer Catarrh, eine Blepharoadenitis ulcerosa, ein Herdeolon eruiren. Dies waren dann die Fälle, bei denen, wenn nicht zu hochgradige Eversion erfolgt war, meistens die bekannten Doppelsuturen nach Snellen*) (1—3) allein applicirt wurden.

War das Ectropium mehr auf den napalen Theil des Unterlides beschränkt, so kam wohl öfters das Verfahren nach Kuhnt**)

*) Zehender, Klinische Monatsblätter, Januar 1872.

**) Kuhnt, Beiträge zur operativen Augenheilkunde, 1883.

zur Anwendung und war von gutem Erfolge begleitet. Auch nach Crampton-Adams*) wurde in einem Falle operirt. Sehr oft genügte eine einzige Sutur nach Snellen, um ein nicht zu sehr vernachlässigtes Ectropium mit Unterstützung einer medicamentösen Behandlung (Adstringentia) bleibend in richtige Stellung zu bringen; öfters indessen war, wenn auch wie immer bei der Ectropium-Operation zunächst eine Übercorrection gebildet war, der Heilungszustand ein nicht befriedigender; schon während der Heilung erfolgte ein Rezidiv, sei es, dass die Bildung der Narben, welche die richtige Stellung erhalten sollten, eine zu geringe war im Verhältniss zum hypertrophischen Lide, sei es dass das Lid ab initio eine Art Lockerung durchzumachen hatte, die bei Vornahme der Operation ihr Ende noch nicht erreicht. In wieder anderen Fällen war schon vorauszusehen, dass weder mit einfachen Snellensuturen, noch mit der Excision eines Lidstückes allein, sei es nach Adams oder Kuhnt, der bedeutenden Ectropionirung beizukommen war. In diesen letzteren, sowie in den rezidivirenden Fällen fand zumeist eine Combination von Operationsmethoden statt, die auch dann selten versagte. Es wurden mit den bereits angegebenen Methoden combinirt die Tarsoraphie,**) die Tarsoraphie und Excision eines Dreieckes nach Dieffenbach***), bei sehr hypertrophischer Bindehaut die Excision eines ovalen Bindehautstückes mit nachfolgender Naht. Selbst drei und vier Methoden mussten bei sehr starken Ectropien applicirt werden.

Unter den zahlreichen Krankengeschichten möchte ich die interessanteren gerne in Kürze anführen.

F. Cl., 26 Jahre alt, (aufgenommen 8. Februar 1882) leidet seit 4 Jahren, namentlich im Winter an starker Blepharoadenitis ulcerosa und hat zur Zeit Ectropium beider Unterlider Madarosis ciliorum, Conjunctivitis catarrh. chronic. auf dem rechten Auge. Ectropium-Operation nach Snellen mit 3 Suturen, wovon die temporal gelegene der stärkeren Eversion am äusseren Lidwinkel entsprechend nach aussen und unten angelegt wurde. Lid steht darauf nach einwärts. Da links die Ectropionirung eine stärkere ist, so wird hier eine Sutur nach Snellen in der Mitte des Unterlides angelegt,

*) Graefe-Saemisch, Handbuch der Augenheilkunde, Band III, pag. 466.
**) Graefe-Saemisch, Handbuch der Augenheilkunde, Band III, pag. 444.
***) Ibid. pag. 407.

am temporalen Canthus nach Dieffenbach ein Dreieck aus der Haut entfernt, ein Defect, der nachher durch 2 umschlungene Nähte wieder ausgeglichen wird. Der Heilverlauf war ein etwas protrahirter. Am 30. März konnte Patient entlassen werden, wobei am rechten Unterlide bereits wieder ein Ectropium mässigen Grades sich gebildet hatte, links die Stellung des Lides eine regelrechte war; nur war das Unterlid noch verdickt und temporalwärts eine lineare, vertical verlaufende Narbe. Man konnte hoffen, dass es hier gut bleiben würde, da noch auf weitere Abschwellung des Gewebes und kräftigere Cicatrisation der Narbe gerechnet werden konnte und hatte P. auf späterhin zur Nachoperation des rechten Auges bestellt.

Am 22. Februar 1883 stellte sich P. abermals vor und die Hoffnung auf bleibenden guten Erfolg des linken Auges erwies sich als nicht erfüllt. Es war bedeutendere Eversion des rechten, geringere des linken Unterlides vorhanden. Links genügte eine Sutur nach Snellen zur bleibenden Richtigstellung des Lides, rechts wurde nach Crampton-Adams ein grosser Keil aus dem Lide entfernt. Am 15. März wurde P. nahezu geheilt entlassen. Einige Wochen nach der Entlassung standen die Lider in gehöriger Stellung, ein Granulationsknopf der Excisionsstelle des rechten Lides entsprechend hatte sich überhäutet; Patient war vollständig zufrieden gestellt.

Auch E. L., 40 Jahre alt, war wegen Ectropium beider Unterlider zweimal (1882 und 1883) in der Universitäts-Augenklinik. Beiderseits 1882 nach Snellen operirt, wurde er auf dem rechten Auge bald rezidiv, 1883 zum 2. Male nach Snellen operirt, blieb er dauernd geheilt.

Das Ectropium des G. J., 44 Jahre alt, am rechten Unterlide wurde bereits vor 5 Jahren nach Snellen zu entfernen gesucht; zwei Jahre lang war der Erfolg ein günstiger geblieben, seit drei Jahren aber das Leiden rezidivirend geworden und behufs abermaliger Vornahme einer Operation trat P. am 3. Januar 1884 in die Klinik ein. Neben einem Ectropium sarcomatasum des rechten Unterlides hatte er Maculae corneae auf beiden Augen und eine geringgradige Myopie. Chronische Catarrhe der Bindehaut waren stets mit dem Ectropium verbunden. Da infolge dieses ständigen Reizzustandes eine Hypertrophie der Bindehaut stattgefunden hatte, so wurde bei der am 8. Januar vorgenommenen Operation ein

myrthenblattförmiges Stück der Bindehaut mit einem Scheerenschlage entfernt, die Wunde durch mehrere Catcutligaturen vereinigt und dann durch den so neugebildeten Fornix eine Sutur nach Snellen angelegt. Unmittelbar nach der Operation war die geschaffene Lidstellung eine überraschend schöne, doch war die Nachgiebigkeit des Lidgewebes eine derartige, dass bereits am 22. Januar das Ectropium rezidiv geworden war. Auf Wunsch wurde Patient entlassen, kam aber am 3. März wieder, da der Reizzustand des Auges P. heftige Beschwerden verursachte. Um jetzt das schlaffe Lid an den Bulbus hinzuspannen, wurde nach Dieffenbach am äussern Canthus ein Hautdreieck ausgeschnitten, ausser dem noch zwei Suturen nach Snellen applicirt. Am 20. März neigte bei der Entlassung des P. das Lid abermals zum Rezidiv und am 21. Mai des nämlichen Jahres war das Lid namentlich in seinen äussern Theilen in gleicher Stärke ectropionirt. Das vorher erwähnte Operationsverfahren wurde am 23. Mai wiederholt und zur Verstärkung des Effectes eine Tarsoraphie vorgenommen. Nach wenigen Wochen erschien P. wieder in der Klinik und war damals namentlich das äussere temporale Drittel nach aussen gekehrt. Tarsoraphie, Excision eines Hautkeiles und eine Snellensutur hatten den Erfolg, dass P. am 11. Juli entlassen werden konnte mit einer ebensoguten Lidstellung rechts, wie links. P. versprach, sich im Falle einer Verschlimmerung wieder vorzustellen, ist jedoch bis zum heutigen noch nicht gekommen.

N. J., 58 Jahre alt, hatte sich ein Ectropium des linken Unterlides infolge von catarrhalischen Zuständen der Conjunctiva acquirirt und wurde am 2. September 1884 in die Klinik aufgenommen. Die Bindehaut war namentlich in den dem Lidrande zunächst gelegenen Theilen stark gewulstet und wurde deshalb zum Theile excidirt, ferner die Tarsoraphie und eine Snellensutur zur Anwendung gebracht. Am 9. September konnte P. mit normal gestelltem Lide entlassen werden.

Zwei Fälle von Ectropium scheinen mir noch von besonderem Interesse und werth zu sein, veröffentlicht zu werden.

Der erste betraf den 51 Jahre alten J. M., der am 25. April 1881 sich in die Augenklinik wegen eines angeblich vor 3 Jahren beginnenden Augenleidens aufnehmen liess. Damals soll sich eine Röthung an der Caruncula lacrymalis des rechten Auges gezeigt

haben, die mit Schwellung derselben verbunden war. In wenigen Monaten entwickelte sich daraus eine Geschwulst, die nach und nach bis zum äussern Lidwinkel reichte, die Conjunctiva des obern und untern Lides vorbauchend und Ectropium beider Lider rechts erzeugend. Die letzteren waren geschwellt, die beiden Fornix aufgehoben, die sonst glatte Bindehaut war durch zahlreiche, in Reihen geordnete, froschlaichartige, transparente Prominenzen unterbrochen. Plica semilunaris und Caruncula lacrymalis waren um das Doppelte vergrössert. Die Cornea war wegen der grossen Schwellung wie in einem Krater verborgen und nur ein Drittel davon zu sehen. Dieser Zustand war das Resultat eines Tumors, der vom innern Lidwinkel beginnend allmälig circulär wachsend die beiden Lider auswärts stülpte. Am 29. April und 10. Mai wurde dieser Tumor (kleinzelliges Sarkom) herausgeschält und zwar zuerst zur Hälfte am Unterlide, dann am obern; wo die Bindehaut sehr adhärent mit der Neubildung war, wurde sie mit entfernt. Bei der am 16. Mai erfolgten Entlassung waren die conjunctivalen Wunden linear-vernarbt und Patient abgesehen von einer mässigen Entzündung der Bindehaut als geheilt zu betrachten. Durch die Verkleinerung der Bindehautfläche war eine Art Symblepharon entstanden, das die Bewegungen des Auges nach links und rechts beeinträchtigte. Das Hinderniss war namentlich bei associirter Bewegung des andern Auges bemerkbar. Bis zum heutigen ist ein Rezidiv nicht eingetreten und blieben die Lider in gehöriger Stellung.

Der zweite Fall ist gegeben durch ein traumatisches Ectropium bei F. M., 35 Jahre alt, am 4. Januar heurigen Jahres in Behandlung gekommen. Dem Patienten, (vor 5 Jahren luetisch inficirt), flog vor 4 Wochen beim Arbeiten mit einer Kreissäge ein Stück Holz mit grosser Wucht gegen das rechte Auge. Infolge der grossen, dadurch entstandenen Verletzung trat Patient in ärztliche Behandlung und stellte sich dann in folgendem Zustande vor: Linkes Auge zeigt normalen Befund. Rechts hängt das Oberlid schlaff herab und kann bei stärkster Anstrengung nur 1—2 mm hoch gehoben werden; ausser dem besteht totale Lähmung des Abducens und deren Folge: Strabismus convergens, theilweise des Oculomotorius (Internus noch frei, es fehlte Accomodation und Pupillarreaction), Lähmung des Trochlearis, ferner ist vorhanden eine feine punktförmige Trübung der Linse, Atrophia nervi optici partialis

und am Unterlide ein starkes Narben-Ectropium. Hier findet man eine ca. 2 cm lange, 5—7 mm breite Narbe, in der Mitte des Lides gelegen. In diese Narbe eingeheilt ist theilweise die Conjunktiva Bulbi und palpebral. Durch den Narbenzug ist das Lid auswärts gekehrt und ragt die noch freie Bindehaut in der Grösse einer Kirsche auch bei geschlossener Lidspalte hervor zu beiden Seiten der Narbe.

Wenn auch wenig Hoffnung bestand, das Sehvermögen des Patienten nochmals zu einem günstigen zu gestalten wegen der allzu grossen Destruction des Augen-Innern, so wurde doch aus kosmetischen Gründen ein Operationsplan entworfen, der zunächst die Beseitigung des Ectropium, dann die der Ptosis (nach Eversbusch) und zuletzt des Strabismus convergens erstrebte.

Am 13. Februar wurde die Narbe des Unterlides excidirt, wobei bis auf den Knochen gegangen werden musste, dann die Verbindung des Augapfels mit der Narbe gelöst, indem die eingeheilte Bindehaut thunlichst freigemacht wurde. Hiedurch war eine der Narbengrösse entsprechende Wundfläche entstanden, deren Vereinigung folgender Massen geschah:

Die Hautwunde wurde durch 2 Suturen geschlossen, die Wunde in der Bindehaut wurde ebenfalls durch eine Naht vereinigt, der losgelöste Bindehautzipf durch eine lockere Sutur nach Snellen in entsprechender Stellung erhalten; das Lid stand schliesslich gut.

Am 22. Februar war bei der Entlassung die Wunde vernarbt, das Ectropium gehoben, die Verwachsung des Bulbus beseitigt und es ragte nur ein erbsengrosser Schleimhautwulst nasalwärts von der ehemaligen Wunde noch hervor, der abgekappt werden wird. Die noch übrigen Veränderungen sollen später in Angriff genommen werden.

Ptosis.

Ueber Ptosis, insufficiente oder ganz mangelnde Action des Levator palpeprae sup., sei sie angeboren oder erworben, schreibt Arlt im Handbuch der Augenheilkunde von Graefe-Saemisch, dass sie wenig ein Feld für operative Eingriffe sei und führt von Bowmann

und Graefe*) Operationsverfahren an, über die sich Zehender**) in seinem Handbuche der Augenheilkunde folgender Massen auslässt: Bowmann hatte bereits versucht dem gewöhnlichen Verfahren (Excision eines Hautstückes und nachfolgender Wundvereinigung) ein besseres zu substituiren, indem er nach Analogie der Strabismus-Operationen die Sehne des Musculus levator palpebralis durchschnitt und ihr eine weiter nach vorne gelegene neue Insertionsstelle zu verschaffen suchte. Diese Versuche führten indessen nicht zu besonders glänzenden Resultaten, weil die Wiedervereinigung der durchschnittenen Levatorsehne mit einer andern Stelle des obern Lides grosse Schwierigkeiten hat, ja vielleicht als „unausführbare" Aufgabe betrachtet werden darf. Graefe's Operationsverfahren beruhte auf ähnlichen Principien, wie das von Bowmann; beide Methoden wurden indessen soviel ich finde, wenig geübt und die Art und Weise, wie die Beschreibung gegeben, hat nichts Einladendes an sich zur Erprobung der Brauchbarkeit.

Im Jahre 1883 veröffentlichte nunmehr (klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Märzheft 1883) Eversbusch ein Verfahren, das er in 3 Fällen von Ptosis als von sicher gutem Effecte gefolgt gefunden und das er seitdem in weiteren 4 Fällen mit gutem Erfolge anwendete. Auch von anderer Seite (Vide: Annales de Societé medico-chirurg. de Liège pag. 189) wurde nach Eversbusch in einem Falle operirt, das Resultat als ein zufriedenstellendes veröffentlicht.

Eversbsuch ging bei seinem Operationsverfahren von der Idee aus, dass der Levator palpeprae sup. entweder zu schwach zur Grösse des Lides oder zu sehr nach rückwärts inserirt sei. In beiden Fällen musste eine Vorlagerung des Muskel-Ansatzpunctes — wenn anders diese bleibend gelang — zu einer Erweiterung der Lidspalte und Hebung der störenden Beschwerden einer Levatorlähmung führen. Ohne auf die genaue Ausführung der Operation hier eingehen zu wollen, möchte ich nur kurz anführen, dass durch Eversbusch Vernähungmethode ohne Loslösung der Levatorsehne ein Nutzen erzielt wird, der, wenn man das ältere Verfahren einer Hautexcision damit verbindet, die Vergrösserung der Lidspalte von 1 - 2 mm auf 4, 5 und 6 mm liefert. Es wird

*) Gräefe-Saemisch, Handbuch der Augenheilkunde, Band III, pag. 454.
**) Zehender, Handbuch der Augenheilkunde, Band II, 3. Auflage.

hiebei die Levatorsehne in der Nähe ihres Ansatzpunctes am obern tarsalen Rande mit einem doppelt eingefädelten Faden gefasst und dadurch dass die beiden Nadeln am Lidrande ausgestossen und dort über einer Perle stark geknüpft werden, die Levatorsehne gegen den Lidrand herabgezogen. Die äussere Hautwunde, die zur Auffindung der Sehne nöthig war, wird, nachdem 2—3 Ligaturen angelegt, ebenfalls durch mehrere Nähte wieder geschlossen.

Die 3 bereits von Eversbusch publicirten Fälle möchte ich nochmals in Kürze anführen und daran die Resultate der anderen 4, seitdem in der Augenklinik noch vorgenommenen Operationen, anschliessen.

S. H., 5 Jahre alt, wurde am 8. September 1881 in die Klinik aufgenommen. Rechts bestand eine nahezu totale Ptosis und Strabismus convergens. Bei der stärksten Anstrengung konnte das Lid nur 1 mm hoch gehoben werden. Am 31. October wurde die Operation der Ptosis vorgenommen. Nachdem die auf die Operation erfolgende Schwellung vergangen, die Wunde des Oberlides geheilt war, wurde P. folgender Massen entlassen. Im rechten Oberlide parallel zum freien Lidrande etwa 5 mm davon entfernt ist eine Schwiele in dem tiefern Gewebe durchzufühlen. Bei nicht forcirtem Öffnen der Lider ist die rechte Lidspalte von gleicher Höhe, wie die linke (5—6 mm hoch). Lidschluss erfolgt prompt.

Der 2. und 3. Fall betraf den dreijährigen H. W., der am 2. October 1881 in die Klinik aufgenommen, am 27. Dezember entlassen worden war. Seit Geburt hängen dem Kinde die beiden Oberlider stark herab und bei stärkster Bemühung die Lider zu heben, wird dieses nur auf 1,5 mm möglich. Am 14. November wurde zunächst linkerseits die Operation der Ptosis vorgenommen; am 29. stand das linke Lid bereits 2—3 mm höher, wie das rechte. Am 1. Dezember wurde auch das rechte Oberlid in Angriff genommen. Schliesslich konnten bei der Entlassung die Lider auf 4 mm gehoben werden, Lidschluss war prompt und am Lide war am Orte der Operation Gewebsverdichtung deutlich zu fühlen.

A. H., 9 Jahre alt, wurde am 24. October 1883 mit Ptosis congenita des linken Auges aufgenommen. Rechts betrug die Höhe der Lidspalte 11 mm, links dagegen nur 5 mm; über 5 mm ist die Lidspalte nicht zu vergrössern. Am 1. November wurde mit gleichzeitiger Excision eines grösseren Hautstückes die Ptosis zu

operiren versucht. Sehr bald zeigte sich indessen, dass auf einen grösseren Erfolg kaum zu rechnen war, da vollständiger Defect des Levators constatirt werden musste. Man hatte es mit einem jener Fälle zu thun, von denen Eversbusch am Schlusse seiner Abhandlung sagt, dass es, da man ja bei Ptosis nie wissen könne, ob nicht der Levator vollständig fehle, wenig verschlägt, wenn die Operation auch einmal bei Nichtvorhandensein des Levators versucht werde. Am 22. November entlassen konnte P. das linke Lid nur um eine Spur höher heben, wie bei der Aufnahme. Der sonst vorhandene Narbenstrang war weniger deutlich zu fühlen.

Alle die bis jetzt angeführten Fälle waren congenital und aufgemuntert durch die günstigen Resultate, fasste Eversbusch den Plan, sein Operationsverfahren auch auf acquirirte Ptosis auszudehnen, da ja auch in Wirklichkeit ein theoretisches Bedenken nicht erhoben werden konnte. Wollte man bei congenitaler Ptosis die brachgelegte Thätigkeit des Levator palpebrae durch die Vorlagerung des Ansatzpunctes unterstützen, so kann bei acquirirter Ptosis eine Verlagerung der Insertionsstelle der Levatorsehne durch Vergrösserung der Lidspalte eine Besserung schaffen, wenn auch eine Inervation des Muskels durch die Operation nicht wieder erzeugt wird.

D. M., 25 Jahre alt, litt erst seit einigen Monaten an den Beschwerden einer beiderseitigen Ptosis. P., der früher keinerlei Beschwerden an den Augen hatte, war vor 6 Jahren beim Turnen von einem Gerüste auf den Kopf gefallen und hingen ihm darauf hin einige Wochen lang beide Oberlider schlaff herab. Es war nach kurzer Zeit bleibend vollständige Restitutio ad integrum eingetreten, als er vor einigen Monaten (Patient war im Anfange heurigen Jahres in die Anstalt aufgenommen worden) bei einer Alpenfusstour von beträchtlicher Höhe abermals auf den Kopf fiel, worauf Unbeweglichkeit der Augen und Ptosis bleibend folgte. Die Lidspalte konnte nur auf eine Höhe von 8 mm gebracht werden, Oculomotorius und Abducens waren gelähmt (es bestand nur noch Pupillarreaction und Accomodation), der Trochlearis war noch intact, der Lidschluss prompt und vollständig. P. war hier und in Wien die ganze Zeit über resultatlos electrotherapeutisch behandelt worden und wurde dann am 14. Januar ds. J. in der Augenklinik die Vernähung des rechten Levator palpebrae sup.

ohne Narcose ausgeführt. Trotzdem hier die Operation mit allerlei unlieben Zwischenfällen verbunden war (Abrutschen des Blepharostaten, Riss einer der Doppelsuturen), so war der Nutzen der Operation schon nach 14 Tagen sichtbar und konnte am 27. Januar bereits das linke Auge in Angriff genommen werden. Eine kleine Modification wurde am linken Oberlide insoferne getroffen, als hier mit einem ovalen Hautstückchen der darunter liegende Musculus orbicularis resecirt wurde. Operationsverlauf, sowie Heilung ging ganz glatt von statten und bereits am 9. Februar konnte Patient wieder entlassen werden. Beiderseits war die Lidspalte auf 10 mm Höhe zu öffnen, trotzdem die Bildung von Narbengewebe noch nicht beendet und noch ein grösserer Effect zu erwarten stand. Herr D. machte nach seiner Entlassung eine grössere Reise und entging zunächst weiterer Beobachtung, bis ich ihm vor wenigen Tagen begegnete. Die Hoffnung auf noch günstigere Gestaltung des Resultates hatte sich realisirt; schon beim blosen Ansehen konnte eine noch grössere Höhe der Lidspalte constatirt werden, was durch nachfolgende Messungen bestätigt wurde. Von den Eingriffen war ausser einer linearen Narbe an den Oberlidern, nur für den Kenner bemerklich, und den Stichpuncten nichts wahrzunehmen. In der Tiefe fühlte man einen horizontalen Narbenstrang, von dem aus zum Lidrande vertical verlaufend Ausläufer gingen. Patient drückte seine volle Zufriedenheit mit der Operation aus.

Am Entlassungstage des D. trat A. F., 22 Jahre alt, in die Klinik ein mit Ptosis des rechten Oberlides. Wie es gekommen, dass er das Lid nicht mehr so in die Höche heben konnte, wie links (es fehlen ungefähr 3 mm), ergibt die Anamnose nicht, doch scheint das Leiden cerebralen Ursprung zu haben, da F. damals viel von Kopfschmerzen geplagt wurde. Ein ursächlicher Zusamenmenhang des Trochomes, an dem Patient schon seit viel längerer Zeit ärztlich behandelt wurde, mit der Ptosis dürfte doch wohl kaum anzunehmen sein. Nachdem die Keratitis pannosa, Folge des Trachoms, zum grössten Theile geheilt war, wurde die Levatorsehne nach Eversbusch vorgenäht und der Orbicularis partiell resecirt. Der Heilverlauf war ein protrahirter, da eine starke Eiterung der Lidwunde eingetreten war, was übrigens für die spätere Narbencontraction von günstigem Einflusse war. Bei einer erst vor wenigen Wochen erfolgten Vorstellung des P. waren beim gewöhnlichen Blicke beide Lidspalten gleich hoch.

Blepharoplastic.

Als weitere Beiträge zu der in der Literatur allenthalben zerstreuten Casuistik von plastischen Lidoperationen mögen folgende zwei in der hiesigen Augenklinik zur Ausübung gekommene Blepharoplasticen gelten, die beide gelungene Resultate lieferten.

D. J., 62 Jahre alt, stand 1881 vier Wochen lang in der Klinik in Behandlung. Vor mehreren Jahren bemerkte P. ein starkes Thränenträufeln und Verklebung der Lider des linken Auges am Morgen. Nach und nach bildeten sich am untern Lide Krusten, unter welchen geschwürige Flächen entstanden, die tiefer greifend das Lid vom Punctum lacrymale inferius bis zur äussern Commissur und theilweise das Oberlid oberhalb derselben zerstörten. Die Wundflächen zeigten einen speckigen Glanz und an verschiedenen Stellen neigten sie leicht zu Blutungen. Conjunctiva Bulbi und palpebralis war zum grössten Theile erhalten und derb infiltrirt. Das untere Thränenröhrchen war verlängert, von narbiger Haut umgeben und stand infolge der theilweise nach der Ulceration eingetretener Narbencontraction 5 mm mit der Öffnung weiter nach aussen, wie das obere. Eine kleine Macula der Hornhaut war die einzige Veränderung des Bulbus selbst.

Ein lupöser Process hatte das Lid zerstört; nur durch eine gründliche Entfernung alles Krankhaften konnte diesem der Boden zum Weiterwuchern abgeschnitten werden. Damit war das Unterlid ganz zu entfernen und abgesehen von kosmetischen Rücksichten war es im Interesse des sonst gesunden Augapfels geboten, für Bildung eines neuen Unterlides Sorge zu tragen.

Am 14. November wurde nach Blasius*) mittelst eines halbmondförmigen Lappens aus der Schläfegegend nach Entfernung alles Krankhaften der Defect zu decken und ein Unterlid zu bilden versucht. Wohl war bei der Vornahme der Operation die rasch erfolgende Schrumpfung des Hautlappens in Betracht gezogen worden; aber gleichwohl konnte bei der Grösse der wunden Fläche nur durch Dehnung des Lappens und eine Entspannungsincision in der Gegend des Thränensackes eine Vereinigung der Lappenspitze mit dem untern Thränenpuncte erzielt werden. 4 Suturen von

*) Berliner medicinische Zeitschrift. 1872.

Catcut verbanden die convexe Seite des Lappens mit der infraorbitalen, gesunden Haut, 2 Suturen stellten die äussere, zum Theile zerstörte Lidcommissur her, 2 vereinigten den Defect an der Schläfe, 1 diente in der Nähe der äussern Commissur zur Verbindung des freien Lappenrandes mit der Bindehaut. Trotzdem unmittelbar post operationem eine totale Verfärbung des Lappens auf ein Absterben desselben wegen ungenügender Ernährung hinzudeuten schien — es musste der Lappen an seiner Basis um 90° gedreht werden — so stellte sich in 2 Tagen die Circulation bis auf eine 4—5 mm lange Partie (Lappenspitze) wieder ein und es erfolgte allenthalben eine gute Vereinigung mit der Nachbarschaft. Das untere Lid war am 8. Dezember neuersetzt bis auf die mediale mortificirte Partie, wo sich von unten her bei der Entlassung Granulationen zeigten.

Hermann Kuhnt*) veröffentlicht in seinen Beiträgen zur operativen Augenheilkunde 6 Fälle, wo mit gutem Erfolge stiellose Lappen bei sehr starken Ectropien infolge von Trauma, bei Cancroiden der Lider transplantirt wurden. Namentlich empfehle sich dieses Verfahren, wenn die Haut, die zur Lidbildung mit gestielten Lappen herbeizuziehen wäre, selbst narbig degenerirt oder der Defect ein zu grosser ist, als dass mit einem oder mehreren gestielten Lappen ausgereicht werden könnte. Ausser den 6 von Kuhnt selbst publicirten Fällen finden sich noch 38 in der Literatur und der folgende möge einen weiteren casuistischen Beitrag liefern.

H. R., 57 Jahre alt, litt angeblich 30 Jahre lang an Flechte (Lupus serpiginosus?), die an der Mitte der Stirne beginnend sich allmählig über die rechten Schläfe und Wangengegend verbreitete, über das Unterlid hinstreichend erst an der Nase ihren Abschluss fand. Die Haut in der ergriffenen Partie war in glänzendes Narbengewebe verwandelt, das rechte Unterlid war durch den Narbenzug so vollständig ectropionirt und durch den krankhaften Process zerstört, dass von einem Lidsaume nicht mehr die Spur zu sehen war. Auch das Oberlid enthielt in seinem Saume Lupusknötchen, war zum Theile der Cilien beraubt und es bestand hier geringgradige Ptosis. 1—2 mm unterhalb des Lidsaumes (bei gerader Blickrichtung) zeigte alles Gewebe epidermoidalen Charakter: Cornea

*) Kuhnt, Beiträge zur operativen Augenheilkunde, 1883.

war von graulichem Aussehen, Conjunktiva blauroth von sehnig glänzenden Streifen durchzogen. Zur Entfernung des hässlichen, entstellenden Ectropiums des untern Lides wurde nach Kuhnt'schen Vorschriften die Transplantation eines stiellosen Lappens vom Oberarm gemacht. Der Lappen wurde, da die narbig degenerirte Haut in der Breite von 3 cm und Höhe von 1,5 cm entfernt worden war, in doppelter Grösse vom Oberarm lospräparirt, vom Unterhautzellgewebe so gut als möglich befreit, mit centralen Incisionen versehen und in die 3—4 mm tief unterminirten Wundränder nach Vernähung des Oberlides an die Reste des untern versenkt. Dort wurde er durch mässigen Compressiverband fixirt. Der Heilverlauf war ein langsamer (30. Januar bis 27. März 1885). Die auf der Wundfläche liegenden Partien heilten an, die oberste Epidermisschicht stiess sich ab, indem von den Lappenrändern her sich neue Epidermis bildete. Unter dem feuchtwarmen Verbande (Sublimat 1:10000) erfolgte die Heilung mit reichlicher eitriger Secretion. Der transplantirte Lappen schrumpfte sehr und war bei der Entlassung noch so gross wie ein Markstück, solide angeheilt, mit neuer Epidermis bedeckt. Zum Theile war durch den obern Rand das Ectropium gehoben.

Zum Schlusse fühle ich mich noch gedrungen meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. A. von Rothmund, für die mir zur Veröffentlichung gütigst überlassenen Krankengeschichten meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.